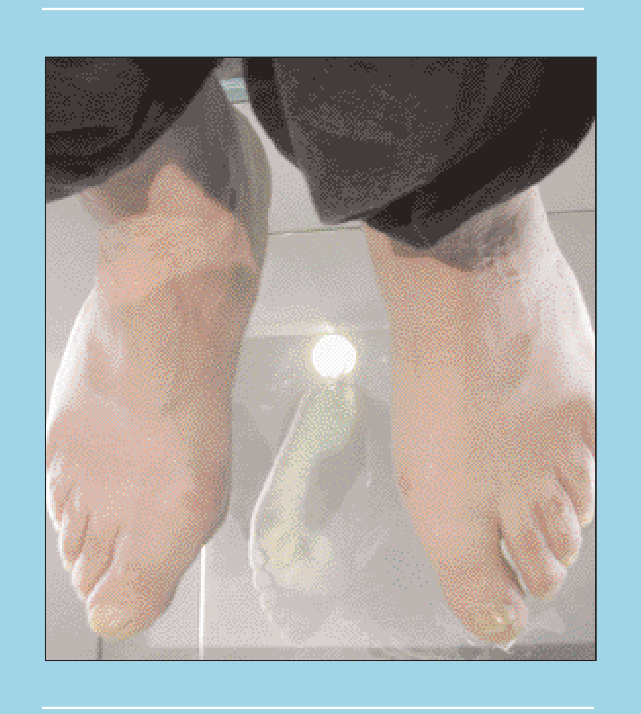


N° 13 - Janvier 2006

dossier :

le pied diabétique



JOURNAL TRIMESTRIEL DE L'UNION DES COMPÉTENCES DES INTERVENANTS SOIGNANTS PUBLICS - PRIVÉS



intervenants libéraux et hospitaliers unis pour le patient

Nouveau logo, nouvelle équipe mais la philosophie du réseau initialisée par Maryse Lorenzati reste toujours d'actualité.

Le réseau ILHUP depuis sa création en 2001 a permis la mise en place d'une communication Hôpital/Ville.

Initialisé par les ordonnances N° 96-346 du 24 avril 1996, ILHUP évolue pour passer d'un réseau de professionnels (soins infirmiers) à un réseau de santé.

Il garde sa vocation d'assurer une meilleure orientation au patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins, et de promouvoir des soins de proximité de qualité.

Pour cela, le réseau a mis en place des formations de qualité destinées aux infirmiers volontaires.

Le réseau ILHUP prône "le libre choix du patient"
la communication hôpital/ville par un outil de communication.

Pour vous, médecins généralistes les outils permettent :
De créer une véritable dynamique de soins autour du patient et de favoriser les échanges entre professionnels.

Pour vous, intervenants de santé :
le retour d'information est indispensable à une cohésion des professionnels dans la richesse des échanges et l'élargissement des compétences de chacun.

Les infirmiers libéraux œuvrent dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins et d'échange.

Continuons à leur faire confiance

Notre objectif commun est l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Médecins généralistes, Médecins hospitaliers
Infirmiers hospitaliers, Infirmiers libéraux

Unissons-nous pour le patient

Les patients méritent des soins de qualité
et nous pouvons les donner

ILHUP
Hôtel Dieu, Place Daviel
13224 Marseille Cedex 2
Tél. 04 91 38 15 57
08 71 46 58 33
Fax 04 91 38 29 70
Portable 06 17 62 30 14
reseauilhup@yahoo.fr

res'infos

N° 13 - Janvier 2006
Revue trimestrielle

Directeur de la publication :
Jean-Luc FERRACCI

Responsable de la rédaction :
Fabrice DELAPORTE

Comité de rédaction :
Pascale BANOUN-GIACCONE
Joëlle CESTIN
Antoine DOGHMANE
Anne-Marie SUBRINI
Jean-Luc FERRACCI
Sylvie LE MEUR
Maryse LORENZATI
Catherine MARRETTA

Éditeur : UCIS-PP
Association loi 1901

Siège social :
Hôtel Dieu
Place Daviel
13224 Marseille Cedex 2

Président : Jean-Luc FERRACCI

Abonnement :
UCIS-PP
04 91 38 15 57

Conception et impression :
Imprimerie ODIM
Z.A. La Carretière
04130 VOLX

Dépôt légal : 02.01.06
ISSN : 1777-8328

Couverture :

UCIS-PP - res'infos
Hôtel Dieu
Place Daviel
13224 MARSEILLE Cedex 2

Tél. 04 91 38 15 57
08 71 46 58 33

E-mail : infiinfos@free.fr
reseauilhup@yahoo.fr



ÉDITORIAL

C'est sans doute avec un peu de retard que vous recevrez ces vœux de bonne année !

Mais la maîtrise des délais de parution est un art difficile.

Quels sont les souhaits pour le Réseau en 2006 :

- *une pérennisation des actions en cours,*
- *un développement pour assurer notre assise dans le monde des réseaux,*
- *une dynamique renouvelée des acteurs avec l'engagement d'un nouveau coordinateur,*
- *et surtout, un toit pour nous abriter.*

Dans les mois à venir en effet, nous risquons de devenir un réseau de santé sans domicile fixe puisque les locaux que nous occupons doivent bientôt être rendus libre !

Aussi nous faisons appel à vous tous les adhérents, pour nous aider à trouver des locaux dignes de nous recevoir.

C'est l'occasion pour vous qui nous avez renouvelé votre confiance maintes fois, de vous manifester et de faire changer cette situation, toutes les bonnes volontés et pistes d'hébergement sont à envisager !

Le déroulement prochain de notre assemblée générale sera l'occasion de faire le point en espérant qu'une solution aura été envisagée si ce n'est trouvée.

Au nom de toute l'équipe je vous souhaite une bonne année 2006.

Jean-Luc FERRACCI

Sommaire

La vie du réseau .... page 4
Dossier : le Pied Diabétique 8
L'Hygiène des mains à domicile 17
Un partenaire : clinique l'Angelus 25

Les partenaires

ILHUP/UCIS-PP

Les 4 hôpitaux de l'AP-Hôpitaux de Marseille

Association Hôpital Saint-Joseph, Marseille

Institut Paoli-Calmettes, Marseille

CHIC de Fréjus - Saint-Raphaël

Hôpital du Pays d'Aix

Hôpital de Martigues

Clinique Bouchard, Marseille

CHIC Toulon-La Seyne-sur-Mer

Hôpital d'Avignon

Hôpital d'Aubagne

Hôpital de Salon-de-Provence

Polyclinique Saint-Jean, Mimet

Clinique Saint-Martin, Marseille

Hôpital Paul Desbief, Marseille

Santé et solidarité du Var (HAD)

Clinique l'Angelus - Marseille

CCAS (3ème âge) - Marseille 5ème

Clinique Clairval - Marseille

Réseau Douleur PACA-Ouest

Réseau R2C

Réseau ONCOREP

Réseau ICARES

En cours de négociation

Hôpital de Gap

Hôpital de Digne-les-Bains

Hôpital de Draguignan

Clinique Casamance, Aubagne



Sylvie Le Meur

Tout d'abord, une bonne et heureuse année 2006.

Je remercie tous ceux qui m'ont fait confiance et aidée, et c'est avec regrets que je vous annonce ma démission du poste de Coordinatrice, pour des raisons personnelles et de santé.

Cette expérience de la Coordination du Réseau aura été pour moi très enrichissante et je crois sincèrement à son avenir qui dépend de la bonne volonté de tous. D'ailleurs, je ne le quitte pas tout à fait, puisque je reste au sein du Conseil d'Administration de l'Association UCIS-PP SSITE.

Je profite de cet espace pour vous présenter Rasmie Kolo engagée au Réseau depuis novembre pour agrandir "l'équipe secrétariat". Vous aurez l'occasion d'apprécier sa gentillesse soit au téléphone soit en vous rendant au Réseau.



Rasmie Kolo

Laurent Manouk prend donc le relais au sein de la Coordination et je lui souhaite bon courage.

Sylvie Le Meur




Laurent Manouk

C'est en fin d'année que Sylvie Le Meur m'a passé le relais marquant mon arrivée au sein du Réseau ILHUP et de son équipe. Diplômé d'état en 1999 et ancien de l'IAE d'Aix-en-Provence, prendre le train en marche de cette formidable aventure est pour moi passionnant et motivant.

- Passionnant, car le Réseau est en pleine mutation sous l'impulsion de nos organismes financeurs, de la réalité de terrain et des besoins de santé publique. Il devient impératif de s'ouvrir à l'ensemble des acteurs médicaux et paramédicaux de la santé, hospitaliers et libéraux confondus, en expliquant la spécificité de notre Réseau.
- Motivant car la situation est grave mais pas désespérée : certaines habitudes ayant pour enjeu la pérennité du Réseau doivent être prises de votre part et de la nôtre. Il est impératif, lors d'une prise en charge de patients dans le cadre du Réseau, que vous nous en informiez, par voie téléphonique, par e-mail, fax ou courrier afin que nous puissions établir nos rapports d'activité.

Sans ces rapports d'activité, nous ne pourrons continuer sur la voie tracée par Maryse Lorenzati et sa formidable idée de départ.

Enfin, c'est à vous d'agir, chers adhérents, pour que le Réseau ILHUP ne fasse pas un jour partie d'un des nombreux beaux souvenirs de notre vie professionnelle.

Agir c'est donc nous transmettre vos prises en charge, mais aussi répondre à nos enquêtes tout au long de l'année et convaincre les médecins avec qui vous avez l'habitude de collaborer d'intégrer le Réseau.

Vous êtes nos meilleurs ambassadeurs et nous comptons sur vous.

Cordialement

Laurent Manouk

PENSEZ À RENOUVELER
VOTRE ADHÉSION
À L'UCIS-PP,
RES'INFOS VA VOUS MANQUER...

Et vous aussi,
vous allez nous manquer !

URGENT
ILHUP recrute

Le Réseau ILHUP recherche un(e) Infirmier(e) libéral(e) pour le poste d'Infirmier-Accompagnateur à Marseille

Pour tout renseignements contacter le Réseau au 04 91 38 15 57

ATTENTION

MESSAGE IMPORTANT

Adhérents au Réseau ILHUP, membres de l'UCIS-PP, avec ce numéro de "Rés'info" vous avez reçu plusieurs documents :

- une lettre d'appel à cotisation concernant l'UCIS-PP,
- une enquête accompagnant votre renouvellement d'adhésion,
- une convention annexe de la charte concernant vos engagements pour faire partie du Réseau ILHUP.

Soyez bien vigilants à nous renvoyer les documents suivants remplis en bonne et due forme, à savoir : remplir l'enquête et le bulletin de renouvellement d'adhésion, y joindre le chèque de 20 euros à l'ordre de l'UCIS-PP et la convention annexe signée.

Le tout étant à renvoyer à notre adresse :

RÉSEAU ILHUP
Hôtel Dieu - Place Daviel
13224 Marseille Cedex 02





Réunions de secteur

Cote bleue 06 février 2006
Société Amgen et Télévitale
C H de Martigues, salle La Pinède

Toulon 7 février 2006
Laboratoire Amgen
New Hôtel Tour Blanche (Toulon)
Anémie chez le patient cancéreux et ateliers

Marseille 09 février 2006
Cicatrisation difficile et cicatrisation à domicile (Pr Branchereau et Pr Magalon)
La nécessité du travail en réseau et ses exigences (Dr Jacqueme, URCAM)

Aubagne 28 février 2006
Société Arard, ZAC de Napollon
100 av. des Templiers, 13400 Aubagne
La mucoviscidose

Marseille 2 mars 2006
Société Medica Service et Coloplast

Cote Bleue 2 mars 2006
Laboratoires Smith et Nephew
Ulcère veineux

Marseille, Aubagne, Aix, Salon
Cote bleue
21 mars 2006
Laboratoires Johnson et Johnson

Toulon 13 avril 2006
Laboratoires Smith et Nephew
Détersion et cicatrisation

Aubagne 27 avril 2006
Laboratoire Mölnlycke et le GAN
Chirurgie de la main



Formations 2006

CICATRISATION
CEU Magalon 13/14 - 20/21 mars
16/17 - 23/24 octobre

ISIS
7, 8, 9 - 30 mars, Marseille
4, 5, 6 - 20 avril, Toulon
2, 3, 4 - 25 mai, Salon
12, 13, 14 - 21 juin, Marseille
11, 12, 13 - 29 septembre, Fréjus
3, 4, 5 - 19 octobre, Marseille
D U 2006/2007 : Inscription avant juin

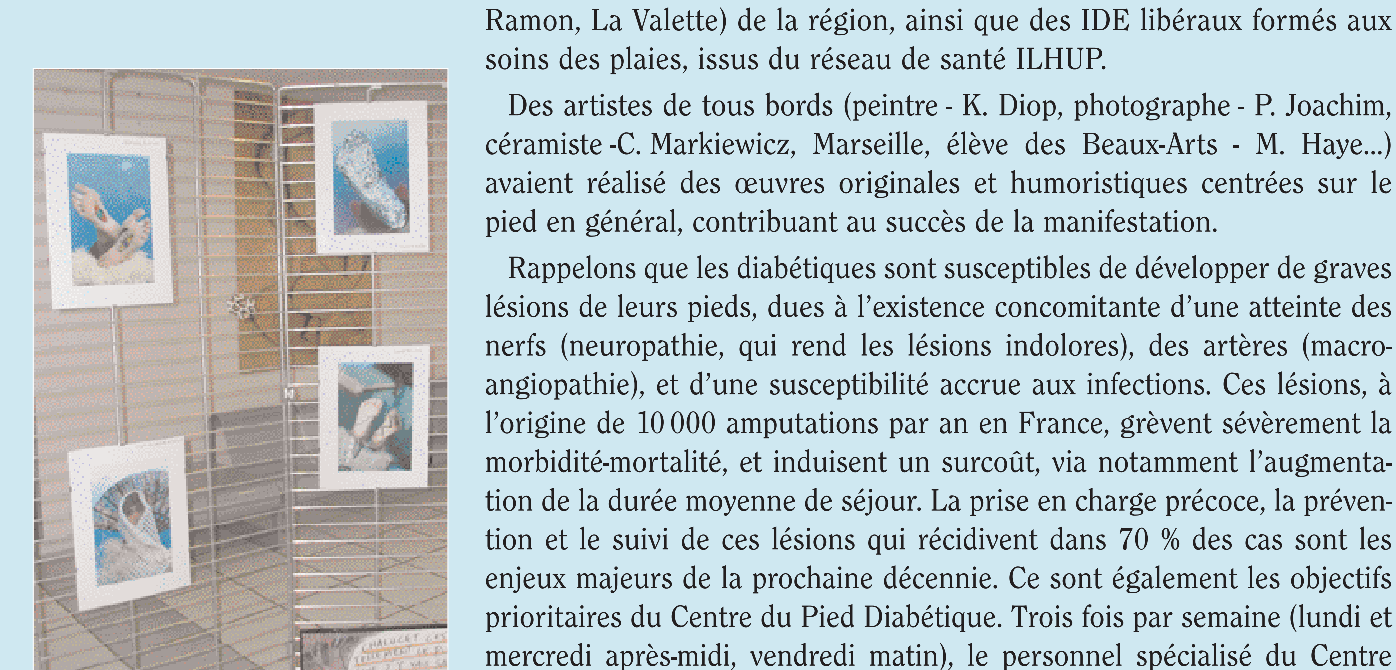
DOULEUR
IRFOCOP 6, 7, 8 février
REFORM
& ISIS Dates non fixées

ONCOLOGIE
(pour les IDE ayant validé la cicatrisation et la douleur)
ISIS 25/26 janvier
(prochaines dates non fixées pour Salon et Marseille).

SITE INTERNET ILHUP
www.televital.fr/ilhup
Vous y trouverez des renseignements concernant
- les formations
- de la documentation
- les dates des réunions de secteur (possibilité de s'inscrire en ligne)

Dossier : le pied diabétique

Le 14 novembre 2005 avait lieu la **Journée Mondiale du Diabète,** dont le thème cette année était **"Le Pied Diabétique"**. A cette occasion, l'équipe du Centre du Pied Diabétique, dépendant du service d'endocrinologie-diabétologie de l'hôpital Chalucet (Centre Hospitalier Intercommunal Toulon-La Seyne), s'était mobilisée et investie derrière le Dr Véronique di Costanzo, son chef de service. Toute la journée, dans le hall de l'hôpital, se sont déroulés des ateliers de dépistage podoscopique des pieds *à risque*, des séances d'information et des ateliers ludiques sur le thème de la prévention. Ont prêté leur concours gracieux des podologues (Mme Sinibaldi, M. Marcet, Toulon) et un podo-orthésiste (M. Ramon, La Valette) de la région, ainsi que des IDE libéraux formés aux soins des plaies, issus du réseau de santé ILHUP.



Des artistes de tous bords (peintre - K. Diop, photographe - P. Joachim, céramiste -C. Markiewicz, Marseille, élève des Beaux-Arts - M. Haye...) avaient réalisé des œuvres originales et humoristiques centrées sur le pied en général, contribuant au succès de la manifestation.

Rappelons que les diabétiques sont susceptibles de développer de graves lésions de leurs pieds, dues à l'existence concomitante d'une atteinte des nerfs (neuropathie, qui rend les lésions indolores), des artères (macroangiopathie), et d'une susceptibilité accrue aux infections. Ces lésions, à l'origine de 10 000 amputations par an en France, grèvent sévèrement la morbidité-mortalité, et induisent un surcoût, via notamment l'augmentation de la durée moyenne de séjour. La prise en charge précoce, la prévention et le suivi de ces lésions qui récidivent dans 70 % des cas sont les enjeux majeurs de la prochaine décennie. Ce sont également les objectifs prioritaires du Centre du Pied Diabétique. Trois fois par semaine (lundi et mercredi après-midi, vendredi matin), le personnel spécialisé du Centre gère la mise en décharge impérative des plaies, assure une détersion mécanique soigneuse, puis applique les pansements. Les autres facteurs de risques sont appréhendés dans leur globalité (équilibre du diabète, normalisation de la dyslipidémie et de l'HTA...). La multidisciplinarité est indispensable et exige une collaboration étroite avec les vasculaires, infectiologues, voire les chirurgiens orthopédistes. Ce travail doit bien évidemment être poursuivi hors du Centre lui-même, au quotidien, par des IDE spécialisés, habilités à suivre ces plaies et à leur prodiguer le même type de soins attentifs et donc chronophages. Dans cette optique, la collaboration avec le réseau de santé ILHUP semble pertinente, afin d'accélérer la cicatrisation des maux perforants qui, habituellement prend plusieurs mois.

Le Centre du Pied Diabétique est également ouvert à tout IDE non spécialisé qui souhaiterait se former, ainsi qu'à des groupes de patients définis lors de séances d'éducation à la prévention.

Centre du Pied Diabétique
Hôpital Chalucet,
rue Chaluchet,
83000 TOULON
Tél. 04 94 22 79 55
Fax 04 94 22 79 56
Responsable :
Dr Véronique di Costanzo



Dr Eric BENAMO
Service Endocrinologie
Centre Hospitalier, Avignon

Dépistage, prévention et traitement des complications du pied diabétique

Le pied diabétique regroupe l'ensemble des manifestations pathologiques atteignant le pied et directement en rapport avec la maladie diabétique sous-jacente : ces atteintes sont liées à l'effet délétère du déséquilibre glycémique chronique sur les nerfs périphériques et les artères et souvent précipitées par la survenue d'une infection.

Données épidémiologiques

Le pied diabétique est responsable de 25 % des journées d'hospitalisation pour diabète dont la durée moyenne est de 30 jours. Le diabète est la première cause d'amputation des membres inférieurs (environ 15 000 par an en France). On estime qu'un diabétique sur deux mourra d'une complication coronarienne 5 ans après l'amputation d'une jambe. Enfin, la récidive est habituelle puisque survenant chez 70 % des patients dans les 5 ans qui suivent la cicatrisation de l'ulcère initial.

Dans l'étude ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des Diabétiques) menée en France chez des diabétiques de type 2, seulement une personne sur cinq déclare avoir bénéficié d'un dépistage de lésion du pied par un examen au monofilament et seulement 2 à 3 personnes sur 10 auraient consulté un podologue dans l'année.

Dossier : le pied diabétique

Dépistage des pieds à risque

Pour dépister le risque de lésion des pieds il suffit de répondre à 4 questions.

- Le patient a-t-il un antécédent d'ulcération chronique du pied (ayant duré plus de 3 mois) ou d'amputation ?

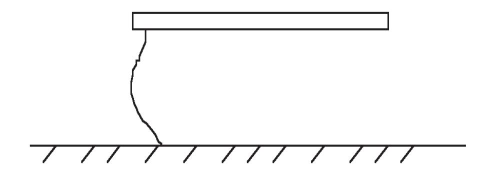
- A-t-il une perte de la sensibilité ?

La perte de sensibilité est définie par une mauvaise perception du monofilament de 10 g (Semmes-Weinstein 5.07). Le monofilament doit être appliqué à 3 sites de la face plantaire à chacun des deux pieds : sur la pulpe du gros orteil et en regard de la tête des 1er et 5ème métatarsiens. Lorsqu'il est appliqué correctement, il exerce une pression de 10 g sur la peau. L'application doit être



Mode d'emploi du monofilament de 10 g

Appliquez le monofilament perpendiculairement à la surface de la peau, avec suffisamment de force pour le courber.



Appliquez-le d'abord sur le dos de la main du patient pour qu'il sache ce qu'il doit ressentir.

Demandez au patient de fermer les yeux, pour qu'il ne voit pas le lieu où vous allez appliquer le monofilament.

Appliquez le monofilament fermement, en une fois : faites attention à ne pas le faire glisser le long de la peau et à ne pas toucher la peau de façon répétitive.

Appliquez le monofilament aux différents endroits sans ordre déterminé pour éviter les biais dus à l'anticipation du patient. Ne l'appliquez pas sur une callosité ou un ulcère, mais à leur périphérie.

La durée totale d'application du monofilament doit être approximativement d'une seconde et demi : demandez au patient de répondre "OUI" ou "NON" instantanément après application du monofilament et, en cas de réponse positive, le côté (pied droit ou gauche) où il a ressenti le filament.

Pour conserver le monofilament en bon état, gardez-le dans son étui ou replié dans son manche.

répétée 3 fois sur le même site, sans ordre déterminé. Deux fausses réponses sur trois à un même site signent l'existence d'une neuropathie et d'un risque d'ulcération.

- A-t-il une artérite ?

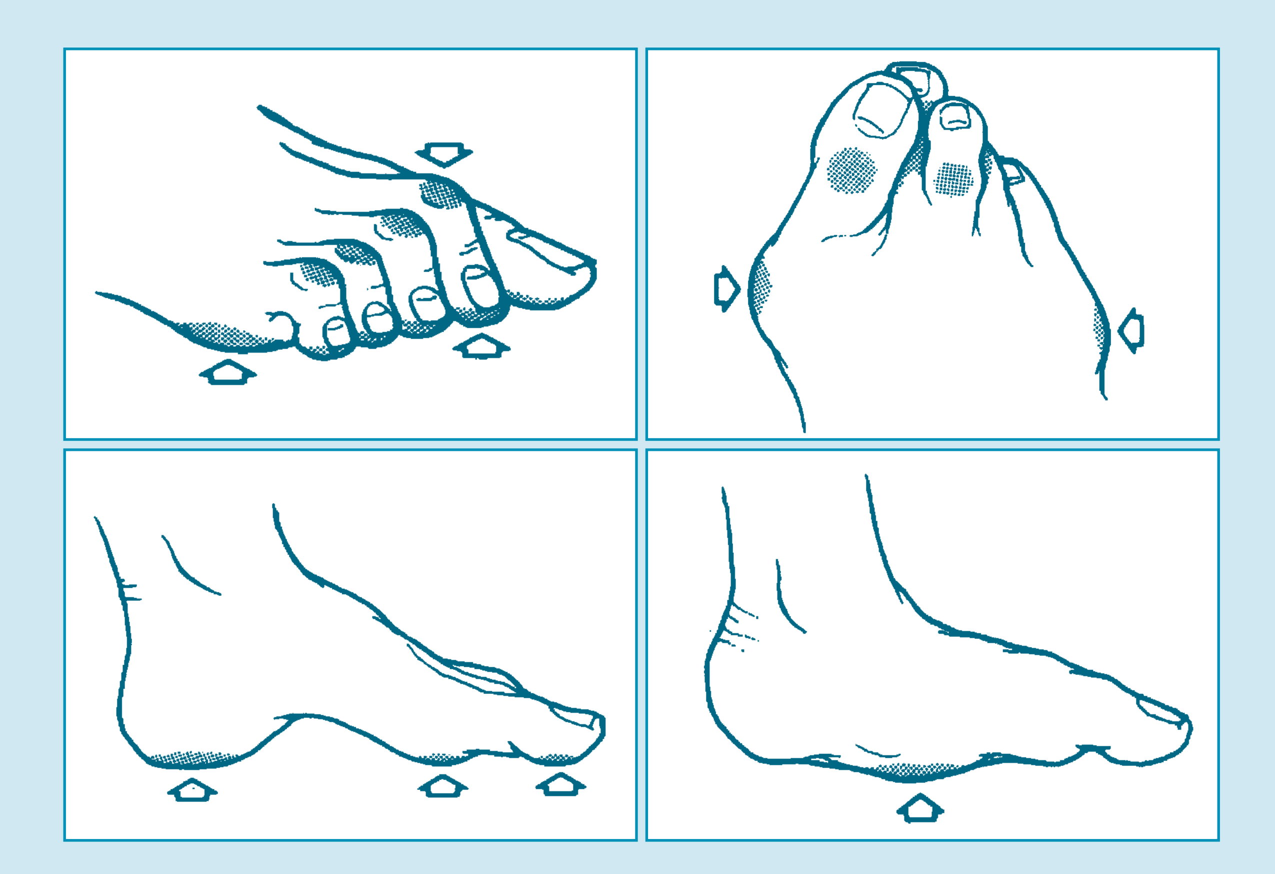
Un des critères suivant suffit pour diagnostiquer l'existence d'une artérite et prédire un risque de lésions des pieds : la non perception de 2 pouls au même pied (pédieux et tibial postérieur) ou un antécédent de chirurgie vasculaire artérielle sur le membre inférieur ou l'existence d'une claudication intermittente.

- A-t-il des déformations ?

Hallus valgus, quintus varus, orteils en griffe ou en marteau, callosités, proéminence de la tête des métatarsiens, chevauchement d'orteil, pied de Charcot. Ces déformations augmentent le risque de lésion en créant des frottements et une hyperpression.

On peut donc alors effectuer une gradation du risque de lésions des pieds :

- Grade 0 : ni artérite ni perte de la sensibilité, possibilité de déformation non spécifique
- Grade 1 : absence de perception du monofilament sans artérite ni déformation
- Grade 2 : absence de perception du monofilament + artérite ou déformation
- Grade 3 : antécédent d'amputation ou de lésion ayant duré plus de 3 mois



Prise en charge thérapeutique

Elle passe par l'évaluation de la plaie en précisant :

- la nature de celle-ci (neuropathique, artériopathique ou mixte),
- son stade évolutif (fibrineuse, nécrotique, bourgeonnante...),
- la présence ou non d'une infection,
- sa surface et son extension en profondeur avec l'aide d'un stylet ou d'un cathéter à la recherche d'un contact osseux, synonyme d'ostéite.

Le traitement général vise à l'obtention du meilleur équilibre glycémique possible, peut faire appel à une antibiothérapie par voie veineuse (d'après des prélèvements bactériologiques effectués après nettoyage minutieux de la plaie), à une revascularisation artérielle (angioplastie, pontages distaux...), à des héparines de bas poids moléculaire pour prévenir les thromboses. Il faut veiller à un apport nutritionnel suffisant, calmer la douleur (antalgiques, antidépresseurs tricycliques, antiépileptiques, anesthésiques topiques, pansements sous mélange équimolaire oxygène/protoxyde d'azote...) et s'assurer enfin du statut vaccinal antitétanique.



Hyperkératose plantaire sur zones d'hyper appui avec empreintes au podoscope





Pied de Charcot
avec mal perforant plantaire





Gangrène des
deux premiers orteils
sur artérite stade IV

Mal perforant plantaire

Le traitement local comprend :

La mise en décharge

C'est la mesure fondamentale qui permet de supprimer l'hyperpression au niveau de la plaie, sans laquelle la cicatrisation devient illusoire. Les méthodes utilisées vont de l'alitement complet au port de béquilles, cannes, chaussures thérapeutiques de Barouk (déchargeant l'avant pied) et Sanital (déchargeant l'arrière pied), bottes amovibles de type Aircast®, bottes fenêtrées en résine...

La détersion mécanique de la plaie

Elle a pour but d'éliminer les tissus dévitalisés et/ou infectés, les plaques de nécrose, les zones fibrineuses et l'hyperkératose périphérique pour permettre au tissu sain de bougeonner. Elle fait appel à l'utilisation d'une curette et/ou d'une lame de bistouri.

Le nettoyage de la plaie

Il précède la pose du pansement et se fait avec du sérum physiologique sous pression.

Le recouvrement de la plaie

Il se fait à l'aide de pansements dont le choix est fonction du stade évolutif. Les plus utilisés sont les hydrogels (réhydratation d'une plaie sèche et fibrineuse favorisant sa détersion), les pansements au charbon et/ou à l'argent (action adsorbante des bactéries et de l'odeur liée à leur prolifération pour les premiers, pouvoir antimicrobien pour les seconds), les interfaces pour les plaies bourgeonnantes (pansement gras), enfin, dans les cas de plaies neuropathiques non infectées, les matrices à effet antimétalloprotéase (Promogran®) et les facteurs de croissance (Regranex®). Le choix du pansement se fera donc en fonction de son pouvoir absorbant (pour obtenir un milieu humide sans macération), de son pouvoir détersif, éventuellement de son pouvoir bactériostatique et sa conformation à la forme de la plaie (compresse, mèche, gel...).

Enfin, **il faut proscrire l'utilisation de bande de contention,** d'adhésif sur la peau pour terminer le pansement. Les orteils doivent être séparés pour éviter la macération. Les compresses stériles, le jersey et les filets tubulaires sont préconisés en évitant un effet compressif.

Les soins de podologie sont essentiels pour procéder à l'ablation des hyperkératoses liées à des hyperpressions locales et au traitement des ongles.

Enfin, ***les orthoplasties et les orthèses plantaires thermoformées*** visent à répartir les pressions et limiter les frottements ; elles sont réalisées après un examen podoscopique soigneux. On peut les utiliser en prévention primaire et/ou secondaire.

Dans certains cas on a recours à des chaussures de série (de sport), thérapeutiques ou sur mesure dites “orthopédiques”.

Prévention des plaies du pied diabétique

La prévention suppose un dépistage des patients à risque et une adaptation de leur prise en charge à la graduation du risque. Elle repose sur l'éducation des patients, de leur entourage et de tous les acteurs de santé impliqués dans la prise en charge du pied diabétique.

L'examen des pieds se fait quotidiennement par le patient lui-même avec un bon éclairage, avec éventuellement un miroir, ou par son entourage.

Quels conseils donner aux patients à risque de troubles trophiques ?

- ✔ Lavez-vous quotidiennement les pieds à l'eau tiède avec du savon neutre en contrôlant la température de l'eau avec un thermomètre ou votre coude. Préférez la douche quotidienne aux bains de pieds (mycoses, macération).
- ✔ Essuyez-vous les pieds soigneusement en particulier entre les orteils.
- ✔ Appliquez tous les jours une crème hydratante en veillant à éviter les espaces interorteils.
- ✔ En cas d'hyperkératose, utilisez avec précaution une pierre ponce juste après la douche. N'utilisez jamais de coricide ni de pansement pour ampoules. Ne recourez pas à des instruments tranchants (ciseaux, scalpels, lame de rasoir...).
- ✔ Coupez vos ongles droits, au carré en utilisant des ciseaux droits à bouts ronds ; ne les coupez pas trop courts ; consultez un podologue si vous avez une mauvaise vue.
- ✔ Changez tous les jours de chaussettes.
- ✔ Vérifiez qu'il n'y a pas d'objets étrangers à l'intérieur de vos chaussures à chaque chaussage en y passant votre main.
- ✔ Ne marchez jamais pieds nus.
- ✔ N'utilisez pas de source de chaleur directe pour réchauffer vos pieds (bouillotte, radiateur, couverture chauffante...).
- ✔ Faites régulièrement des mouvements d'assouplissement de vos pieds.
- ✔ Vérifiez que votre vaccin antitétanique est à jour.
- ✔ En cas de plaie, nettoyez-la avec de l'eau et du savon, recouvrez d'une compresse sèche et contactez immédiatement votre médecin.

Quels conseils donner pour le chaussage

- ✔ Choisissez-les en matériau souple, sans couture intérieure, adaptées au volume des pieds, se fermant avec des lacets ou du velcro.
- ✔ Le pied doit toujours être protégé dans la chaussure par des chaussettes ou des bas.
- ✔ Evitez les tongs, sandales, mules, espadrilles...
- ✔ Ne gardez jamais des chaussures neuves toute la journée.

✔ Il est préférable d'avoir deux paires de chaussures pour pouvoir en changer tous les jours.

✔ Achetez vos chaussures en fin de journée.

✔ Placez les orthèses plantaires, les orthoplasties tous les jours dans vos chaussures.

Le pied diabétique nécessite une prise en charge pluridisciplinaire dont les objectifs sont l'éducation des patients mais aussi des soignants, le dépistage des sujets à risque, la mise en pratique des mesures préventives, l'organisation de soins efficaces. A titre préventif, il faut préconiser un examen podologique annuel à tous les diabétiques, assurer une formation des soignants dans des centres de prise en charge spécialisés et enfin diffuser l'idée essentielle de la décharge absolue comme étant un élément primordial.



Antoine Doghmane
Infirmier Libéral,
Marseille

L'Hygiène des mains à domicile

Les soins de ville sont soumis à une dure réalité : répondre aux exigences médicales fixées par la prescription afin d'exécuter les soins de façon aseptique. Pour cela, l'infirmier libéral doit s'adapter aux contingences matérielles, environnementales et culturelles...de son patient.

Vu de l'extérieur, cette adaptabilité qui frôle le système D, nuit à l'infirmier qui semble chercher ses marques, alors que l'hygiène des mains est une pratique acquise depuis le début de ses études.

Si les conditions de travail ne s'y prêtent pas, l'IDE sortira de sa mallette les produits nécessaires à une bonne désinfection de ses mains : on s'est tous déjà retrouvés devant une proposition de savon patchwork et serviette malodorante, droite comme un "I" qui nous attendait là depuis quelques jours... parfois le plus délicat sera de ne froisser personne sans mauvais jeu de mots !!

Le lavage des mains...

L'hygiène manuelle est une branche du savoir qui traite des règles et des pratiques nécessaires pour conserver et améliorer la santé. Elle représente la mesure de base de la prévention de la transmission d'agents pathogènes susceptibles d'être acquis.

C'est un geste simple à réaliser mais d'une redoutable efficacité, qui nous permet d'assurer une asepsie rigoureuse du soin entrepris. Les infections manu portées sont responsables d'un grand nombre de maladies nosocomiales, et leur cause iatrogène n'a été mise en évidence qu'assez tardivement.

Cette notion est toute contemporaine, puisqu'il faut attendre le 19e siècle pour que de grands noms de la communauté médicale la diffuse : Semmelweis en 1847, Lister en 1867, Nightingale en 1863, sans oublier le plus célèbre, Pasteur qui en pose les bases en 1878 :

"Au lieu de s'ingénier à tuer les microbes dans les plaies, ne serait-il pas plus raisonnable de ne pas en introduire." L. PASTEUR, compte rendu de l'Académie des sciences, séance du 18 avril 1878.

La flore microbienne

Dès 1936, Price établit un premier constat sur la présence de deux flores différentes sur la peau, évaluant celles-ci à plusieurs millions de germes présents, la localisation principale étant l'espace sub-unguéal. (PRICE, *The bacteriology of normal skin,* Journal of infections diseases, 1936).

La flore transitoire ou de passage, colonise les couches épithéliales superficielles : germes de surface apportés par le toucher d'objets ou de personnes contaminées. Sa composition dépend des contacts et est par conséquent très variable : c'est la principale cause d'infections croisées. Elle est assez polymorphe de types Staphylocoques, Pseudomonas, Streptococcus sp

(A, C et G), Acinetobacter, Klebsiella, Enterobacter, levures ou champignons.

La flore résidente : les espèces rencontrées sont monomorphes, essentiellement du type Staphylococcus épidermidis et aureus, Pseudomonas spp, Candida albicans, Bacillus, Bacterium coryné...

Elle se développe dans les plis microscopiques de la peau et dans les canaux des glandes sébacées et des follicules pileux. De là, elle migre vers la surface et se confond à la flore transitoire. La virulence de la flore résidente est peu élevée, elle est rarement à l'origine d'infections, si ce n'est lorsqu'elle est introduite dans le corps lors de procédures invasives.

Avant tout lavage

- **Pas de bijoux :** bagues, montre, bracelet, facteurs de transmission.
- **Des ongles courts :** sans artifice esthétique.
- **Les avant-bras nus :** pas de manches ou retroussées.
- **Un lavabo bien entretenu** (!!!).
- **Savon liquide dans un réservoir à usage unique :** éviter le pain de savon familial, à défaut lui préférer le liquide vaisselle.
- **Un rouleau essuie-tout personnel pour la durée des soins :** à défaut une serviette éponge propre et sèche, renouvelée à chaque soin.
- **Poubelle ouverte avant le lavage si pas de système d'ouverture par le pied.**

Pensez à vérifier la qualité de l'eau du réseau, de qualité bactériologique maîtrisée.

En l'absence de point d'eau convenable : lingettes pré imprégnées désinfectantes.

Les différentes techniques

A chaque geste, il faut définir un niveau d'intervention qualifié et adapté au soin à effectuer.



1 Lavage simple des mains

C'est une opération, lors de soins infirmiers non invasifs, qui *a pour but d'éliminer les souillures et la flore transitoire* par action mécanique afin de prévenir la transmission manu portée, en utilisant de l'eau et du savon simple. Ce geste est conseillé lors d'actes ayant un bas niveau de risque infectieux.

Les indications pour ce lavage sont le début et fin de journée, les injections IM ou IV ou SC, soins de contact avec une peau saine.

- Ecoulement de l'eau en débit modéré
- Mouiller mains et poignets
- Savonner au moins 15 à 30 secondes, bien insister dans les zones sensibles (ongles, espaces interdigitaux, plis cutanés, tranchant et poignet)
- Rincer abondamment
- Sécher par tamponnement
- Refermer le robinet avec l'essuie-mains pour éviter la recontamination
- Jeter l'essuie-main dans le collecteur sans toucher celui-ci avec la main.

Le tout pour une durée totale n'excédant pas une minute.

Au bout de 30 secondes on obtient une diminution du nombre de bactéries de l'ordre de 1.8 à 2.8 log, en utilisant la technique de Ayliffe et Al en six étapes (page 19) :

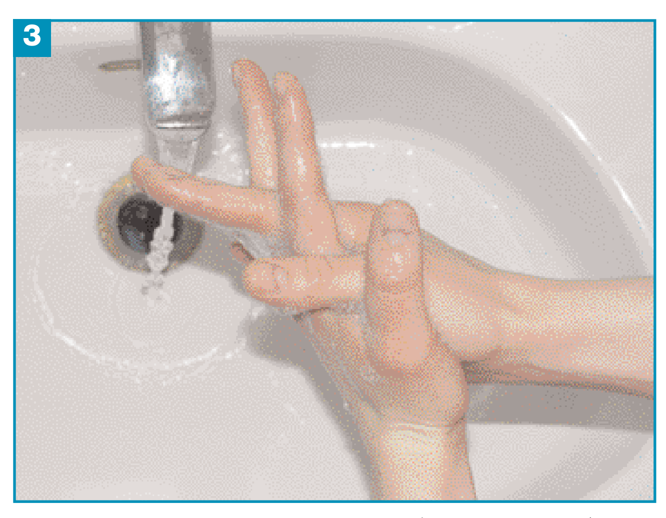
Technique de Ayliffe et Al



Paume contre paume



Paume droite sur dos main gauche et vice versa



Paume contre paume et doigts entrelacés



Dos des doigts contre la paume opposée avec doigts emboîtés



Friction circulaire du pouce droit enchâssé dans la paume gauche et vice versa



Friction en rotation en mouvement de va-et-vient et les doigts joints de la main droite dans la paume gauche et vice versa

2 Lavage antiseptique

Le lavage antiseptique ou désinfection hygiénique des mains a pour objet **d'éliminer les salissures et la flore transitoire et de réduire la flore résidente,** avant la réalisation d'un geste invasif (cathéter périphérique, sonde urinaire, manipulation de chambre implantable...) ou le contact avec un patient infecté avant et après (infection croisée).

Lavage hygiénique des mains

Le savon est antiseptique à large spectre (bactéricide, fongicide et virucide) en solution moussante de type chlorhexidine ou polyvidone iodé (Bétadine scrub®, Hibiscrub®, Cholriderm®....) conforme à la norme NF EN 1499 ou NF T 72-501.

Ces normes européennes décrivent une méthode d'essai simulant des conditions pratiques afin d'établir si un produit pour le lavage hygiénique des mains réduit la flore transitoire conformément aux exigences, lorsqu'il est utilisé pour laver des mains artificiellement contaminées de volontaires.

Leurs indications se rencontrent dans le cadre de soins de patients à domicile ou au cabinet de travail. Elles sont devenues un outil indispensable, utilisées par les fabricants pour orienter la recherche et le développement de nouvelles spécialités, par des travaux de normalisation européens qui facilitent les échanges de données intracommunautaires.

- **Prélever une dose de savon**
- **Mouiller mains et avant-bras**
- **Masser chaque main simultanément en insistant sur les zones à risque (technique de Ayliffe et Al)**
- **Rinçage abondant**
- **Séchage soigneux par tamponnement**
- **Fermer robinet avec essuie-main et le jeter dans le collecteur sans toucher ce dernier**

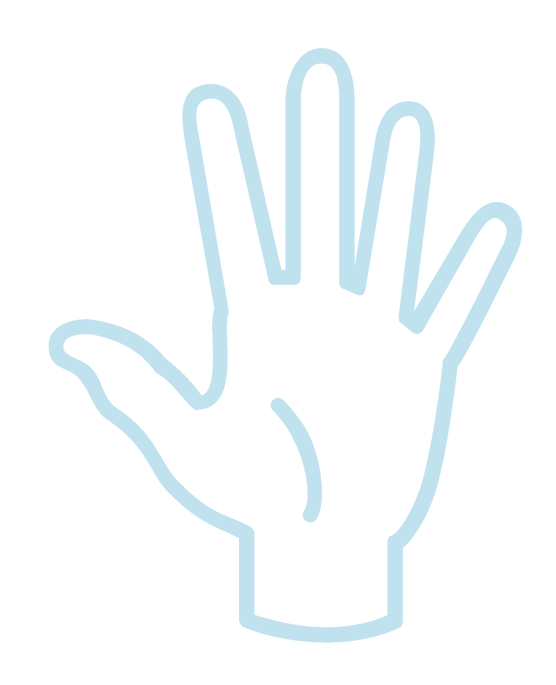
Antisepsie simple des mains non souillées

Pour un traitement par friction désinfectante, solution qui peut être préférée au lavage, nous utiliserons alors des solutions ou gels en conformité avec la norme NF EN 1500 ou NF T 72-502 (2), de type solution hydro alcoolique ou solution antiseptique alcoolique (Alcoogel®, Clinogel®, Gel Hydro-alcoolique®, Manugel®, Phisomain®).

La technique devra respecter un temps de contact d'une minute et se dérouler comme suit.

- **Prélever une dose de solution**
- **Imprégner mains et avant-bras**
- **Masser chaque main simultanément en insistant sur les zones à risque (technique de Ayliffe et Al)**
- **Friction jusqu'à séchage complet**

Le tableau ci-contre met en évidence la nécessité d'un lavage simple avant l'utilisation d'une solution hydro-alcoolique (élimination des souillures).





Comparaison des Différentes Techniques d'HYGIÈNE DES MAINS

Type d'hygiène des mains	Lavage simple des mains	Désinfection hygiénique des mains	
	Savon simple	Savon antiseptique	Solution hydro-alcoolique
Élimination de la flore transitoire	90 %	99,9 %	99,999 %
Élimination de la flore résidente	Aucune action	50 %	99 %
Élimination des souillures	OUI	OUI	**NON**

Extrait de : Didier Pittet, Andreas Widmer. "Hygiène des mains : nouvelles recommandations". Swiss - NOSO - Infections nosocomiales et hygiène hospitalière : aspects actuels. Volume 8 N° 4 ; Bulletin de décembre 2001 Didier Pittet, Andreas Widmer



3 Le lavage chirurgical

Même s'il paraît disproportionné dans ses indications à domicile, ce lavage peut tout de même se retrouver indiqué lors de soins d'urgence engageant le pronostic vital. Cela reste exceptionnel, mais à ce titre il mérite d'être commenté mais de façon moins exhaustive toutefois.

Le but du lavage chirurgical est de :

- **détruire les salissures**
- **éliminer la flore de passage**
- **réduire la flore résidente**
- **pérenniser un effet antiseptique en l'absence d'autres contaminations**

Cette élimination doit être la plus complète et la plus durable possible. L'idée étant que si une perforation des gants devait intervenir, l'inoculum auquel le patient serait exposé soit suffisamment faible pour ne pas entraîner d'infection.

Il est bon de rappeler que les gants stériles ne constituent qu'une très faible barrière contre les infections. La désinfection des mains après avoir enlevé les gants a conduit à beaucoup de discussions : dans le cadre d'étude cliniques, des gants stériles ont été artificiellement contaminés. Une fois les gants retirés, des prélèvements de main ont été cultivés. Dans un tiers des frottis, on retrouve sur les mains les germes qui avaient été utilisés pour contaminer les gants.

Nous ne détaillerons pas ci-après les différentes étapes de procédures du lavage chirurgical, ce n'est pas le propos. Par contre je joins des tableaux récapitulatifs qui compléteront notre article de façon plus synthétique.

Spectre et caractéristiques des agents antiseptiques utilisés pour l'HYGIÈNE DES MAINS

Groupe	Bactérie Gram positif	Bactérie Gram négatif	Myco-bactérie	Cham-pignons	Virus	Rapidité d'action	Commentaires
Alcool	+++	+++	+++	+++	+++	Immédiate	Activité maximale aux concentrations de 60 % à 90 % Aucune activité résiduelle
Chlorhexidine *(2 % et 4 % aqueuse)*	+++	++	+	+	+++	Intermédiaire	Activité résiduelle Réaction allergique rare
Composés iodés	+++	+++	+++	++	+++	Intermédiaire	Induit des brûlures cutanées Trop irritant pour être utilisé pour l'hygiène manuelle
Iodophores	+++	+++	+	++	++	Intermédiaire	Moins irritant que les composés iodés Tolérance variable
Dérivés phénolés	+++	+	+	+	+	Intermédiaire	Activité neutralisée par les surfactants non ioniques
Triclosan	+++	++	+	-	+++	Intermédiaire	Acceptabilité variable
Ammoniums quaternaires	+	++	-	-	+		Utilisés uniquement en combinaison avec un dérivé alcoolique Impact sur l'environnement

ACTIVITÉ : (+++) excellente
(++) bonne, mais n'inclut pas la totalité du spectre microbien
(+) suffisante
(-) absence d'activité ou activité insuffisante

Extrait de : Didier Pittet, Andreas Widmer. "Hygiène des mains : nouvelles recommandations". Swiss - NOSO - Infections nosocomiales et hygiène hospitalière : aspects actuels. Volume 8, N° 4 ; Bulletin de décembre 2001. Traduit et adapté à partir de la référence : Lancet Infectious Diseases 2001 ; April : 9-20.



Quelques propriétés des produits les plus fréquemment utilisés pour la DÉSINFECTION DES MAINS

	Alcools	Chlorhexidine	Iode PVP
Mécanisme d'action	Dénaturation des protéines	Destruction de la paroi	Oxydation des protéines Fixation de iode
Bactéries à Gram positif	excellent	excellent	excellent
Bactéries à Gram négatif	excellent	bon	bon
M. tuberculosis	bon	mauvais	bon
Candida spp.	bon	moyen	bon
Virus	bon	variable	bon
Rapidité d'action	secondes	minutes	minutes
Rémanence	aucune	excellent	minime
Concentration habituelle	60 % - 90 %	4 %	10 %, 7,5 %, 2 %, 0,5 %
Inactivation par des matières organiques	minime	minime	oui
Sécurité, toxicité	Dessèchement de la peau Inflammable	Ototoxicité Kératite	Absorption par la peau Irritation de la peau

Extrait de : Widmer, P. Francioli. "Lavage des mains avec un savon désinfectant ou désinfection des mains par friction alcoolique ? Mythes et réalités". Swiss - NOSO - Infections nosocomiales et hygiène hospitalière : aspects actuels. Volume 2, N° 4, Bulletin de Décembre 1995.

Difficile de s'y retrouver avec toutes ces combinaisons de technique, mais même si le geste semble peu porteur d'intérêt, il est primordial. L'observance du lavage des mains n'est pas systématiquement acquis, trois facteurs jouent contre nous :

✔ le temps d'exécution reste long malgré tous les efforts à le réduire ;

✔ son application à domicile reste sujette à la qualité des installations sanitaires sur place ;

✔ un travail fastidieux qui pousse le professionnel à une certaine lassitude face aux aléas de sa tournée.

Le propos de cet article est de démontrer le bien-fondé de cette pratique, preuves scientifiques à l'appui.

L'antisepsie des mains fait partie intégrante d'un soin infirmier cohérent, dont les bases sont fondées sur des études expérimentales approuvées par toute la communauté scientifique.





Clinique l'Angelus

L'Angelus est une clinique de soins de suite et de réadaptation, faisant donc partie du moyen séjour et ne disposant d'aucun équipement soumis à autorisation. Le service de 85 lits est implanté sur un même site, en centre ville, bénéficiant d'un petit parc et d'un parking : si 90 % des chambres sont simples, la totalité bénéficie d'un balcon.

Intégré au territoire des Bouches-du-Rhône Sud, l'établissement est à proximité de nos partenaires.

Notre service essentiellement orienté en cancérologie et post-traumatologie assure le suivi du plan personnalisé de soins initié par l'établissement prescripteur de court séjour.

Le corps médical de l'Angelus est ainsi chargé de coordonner l'équipe soignante et les responsables de soins de support autour du suivi curatif et éducatif du patient et de son entourage. Notre mission est de permettre un retour à domicile dans les meilleures conditions.

Les patients pris en charge à l'Angelus sont à 37 % des hommes et à 46 % âgés de 60 ans à 80 ans. Corrélés à l'intensité de l'activité chirurgicale, les taux d'occupation les plus élevés sont atteints en janvier, mars et septembre.

L'attractivité de l'établissement est essentiellement établie sur trois départements : Bouches du Rhône (85 % dont 76 % Marseille), Corse et Var.

Les principaux prescripteurs sont les établissements signataires appartenant au Réseau : l'AP-HM (notamment la Timone), l'Hôpital St-Joseph, l'Institut Paoli Calmettes, les Hôpitaux Ambroise Paré et Paul Desbief, les établissements de la Générale de Santé (Clairval et Beauregard) et la Clinique Juge.

Pathologies oncologiques

Il s'agit de patients en intercure de radio-chimiothérapie, en suite d'intensification thérapeutique, d'allogreffe, de chirurgie oncologique pour lesquelles les finalités de prise en charge sont intriquées. Il faudra ainsi connaître, prévenir et corriger les désordres et effets secondaires engendrés par les traitements spécifiques (cytostatiques, radiothérapie,...) administrés par l'établissement prescripteur de court séjour. Ces complications sont plus ou moins graves et peuvent mettre en jeu le pronostic vital à court terme. Elles sont principalement muqueuses (mucites), digestives (nausées, vomissements), hématologiques (leuconeutropénie avec risque d'aplasie fébrile et choc septique, anémie, thrombopénie) par toxicité rénale (de la simple élévation de la créatine jusqu'à une insuffisance rénale aiguë) infectieuses (engendrées par l'immunodépression de la pathologie oncologique ou induites par le traitement).

Ces patients fragiles nécessiteront donc une surveillance médicale quotidienne stricte de la part de l'équipe médicale, basée sur des protocoles adaptés et réévalués ; mais également l'intervention d'une équipe de soins de supports constituée de la diététicienne (hygiène alimentaire des pathologies courantes, de l'immunodéprimé, toutes réhydratations et alimentations parentérales et entérales), des masseurs kinésithérapeutes, du CLUD pour la prise en charge de la douleur et de l'intervention d'une onco-psychologue, d'une assistante sociale et d'associations de bénévoles.

Le parcours de ces patients passe naturellement par de multiples interrogations et incertitudes quant au pronostic, aux traitements et aux examens à venir (leurs modalités pratiques et leur tolérance), au retour à la vie sociale et familiale. Notre rôle est donc de résoudre au mieux ces incertitudes par une information et une éducation thérapeutique relatives à la maladie et ses traitements en corrélation avec les oncologues, bien sûr, mais également avec le médecin traitant **et l'ILHUP qui seraient amenés à favoriser un retour à domicile médicalisé, une fois la stabilisation de l'état du patient établie.**

Autres pathologies

Les intervenants et les structures de l'établissement permettent l'accueil de patients atteints d'affections variées, telles que les suites d'interventions chirurgicales (digestives, orthopédiques incluant les mises en place de prothèses, vasculaires, les fractures...) mais également toutes suites de soins médicaux aigus ayant nécessité une hospitalisation, surveillance et réadaptation après hospitalisation pour un déséquilibre aigu d'une affection endocrinienne ou métabolique, suites de décompensations après épisodes infectieux graves (pneumopathies infectieuses avec décompensation cardio-respiratoire,...), réadaptation après accidents ischémiques (sans troubles végétatifs profonds séquellaires),...

Cette prise en charge fait partie intégrante du Plan personnalisé de soins établi par l'établissement prescripteur. Dès son arrivée à l'Angelus elle intégrera le devenir du patient, en collaboration avec le médecin traitant, pour lui permettre la réadaptation la plus favorable à son évolution. Les structures externes telles que SSIAD ou HAD, l'ILHUP, pourront participer à cette continuité des soins, par le partage de protocoles communs et de réunions de concertation.

Soins de support

Au soins de l'Angelus, les soins de support sont une organisation coordonnée de différentes compétences pour les maladies graves : onco-psychologue, diététicienne, masseur kinésithérapeute et assistante sociale.

Cela permet la continuité (ie. soins appliqués tout au long de la maladie, quels que soient son stade et son issue, de façon continue et coordonnée) et la globalité des soins (soins qui intègrent toutes les composantes de la prise en charge médicale, infirmière, psychologique et sociale).

La coordination entre équipe de soins et de soins de support permet un réel partage des cultures afin de répondre aux besoins des patients, de leur entourage et des professionnels de l'établissement. Prendre soin du patient permet alors d'allier aspect technique et aspect humain du soin.

Les missions de réadaptation et de réinsertion prennent de plus en plus d'importance dans le parcours thérapeutique. En effet, les performances de la médecine et l'efficience du système hospitalier permettent l'augmentation de la durée de vie suite à un événement de santé grave.

L'Angelus, en tant qu'établissement de soins de suite et de réadaptation, a en charge l'articulation entre soins aigus et reprise du cours de la vie. L'association - formation - information des proches du patient et des acteurs de terrain tels que l'ILHUP, permet de prendre le relais au-delà de la sortie, avec l'utilisation d'une fiche de liaison évolutive intégrée au DMP.

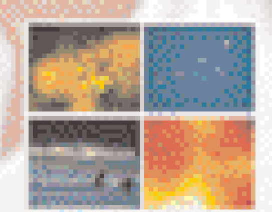
HOSPITALISATION A DOMICILE

Aux cotés :

- de l'infirmièr(e) libéral(e)
- du médecin généraliste

UN METIER EST NE





Ets Privé médico-Technique d'Hospitalisation à Domicile

Chimiothérapie
Nutrition Parentérale
Nutrition Entérale
Antibiothérapie
Hydratation
Assistance Respiratoire
Trachéotomie
Soins Palliatifs
Traitement de la douleur
M.A.D

- Gérer les ressources techniques (matériels, consommables)
- Assurer la continuité de la qualité de soins hospitaliers au domicile des patients
- Dans le respect de chaque spécialité, promouvoirle travail en équipe

CONFORT DES PATIENTS ET DES FAMILLES

MARSEILLE : 104 chemin de St Jean du Désert - Tél 04.91.42.50.00 / NIMES :126 av Pavlov - Tél 04.66.21.31.66
AVIGNON : 2 Boulevard de Metz - Tél 04.90.88.30.60 / ST PRIVAT :15 rue de Bagnols - Tél 04.66.34.54.07

Medica.service@wanadoo.fr